

Évaluation

des Ententes de collaboration visant à encadrer les trajectoires de services en santé mentale et en dépendances pour les communautés autochtones non conventionnées du Québec

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-73591-5 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2015

Document préparé par

Wilhelm Dubuisson

Commentaires

Direction de l'évaluation

Harold Côté

Direction des affaires autochtones

Louise Rondeau

Johanne Rhinds

Mathilde Roy

Notes aux lecteurs

Le comité de travail, pour la mise en œuvre des Ententes de collaboration en matière de santé mentale et de dépendances (Ententes), a été mis sur pied à l'été 2011 et l'évaluation d'implantation a débuté à l'automne 2014, c'est-à-dire avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre 0-7.2).

En conséquence, dans ce rapport, il faut lire les références aux responsabilités d'une agence de santé et de services sociaux (ASSS) comme étant dévolues dorénavant à un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et à un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). De plus, le terme centre de santé et de services sociaux (CSSS) fait référence à la mission CLSC (Centre local de service communautaire) du CISSS, soit les services spécifiques de première ligne.

Il est également important de noter que dans le contexte de cette évaluation, l'implantation des Ententes réfère à tout le processus menant à la signature d'une Entente et aussi, à la mise en place des mécanismes pour la continuité des services, le partage d'expertise et le transfert de connaissances entre les CSSS et les communautés autochtones non conventionnées, dans les limites des responsabilités de chacune des organisations.

Les résultats de l'évaluation rapportés ici reflètent la situation qu'au moment de la collecte des données soit du 10 novembre 2014 au 27 avril 2015. Étant donné que l'implantation des Ententes est un processus continu, la situation sur le terrain peut avoir changé au moment de la publication de ce rapport.

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement les personnes des CSSS et des ASSS qui ont accepté, avec générosité, de partager leur point de vue au sujet des Ententes. Nous remercions également les personnes de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) pour leur collaboration tout au long du projet

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	1
Introduction.....	2
1. Contexte et historique du projet.....	3
1.1. Modèle logique	4
1.2. Objectifs et questions d'évaluation.....	4
1.3. Méthodologie	4
2. Principaux constats	5
2.1. Les entrevues téléphoniques.....	5
2.2. Les ressources	5
2.3. L'implantation : ses principales étapes et son rythme	5
2.4. Facteurs facilitant ou contraignant l'implantation des Ententes	9
2.5. Premières retombées des Ententes.....	11
2.6. Recommandations relatives à la signature des Ententes et à la prestation de services aux patients autochtones lorsqu'ils se présentent dans un établissement du RSSS.....	13
Conclusion.....	16
Annexe 1-Modèle logique des Ententes	17
Annexe 2-Proposition d'étapes de mise en œuvre d'une Entente de collaboration.....	18
Annexe 3-Objectifs et questions d'évaluation	21
Annexe 4-Exemple d'une Entente de collaboration signée entre un CSSS et une communauté autochtone	22

Liste des sigles et des abréviations

ASSS	Agence de santé et des services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de service communautaire
CODIR	Comité de direction
Communauté	Communauté autochtone non conventionnée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
FISS	Fonds d'intégration des services de santé
FTSA	Fonds de transition pour la santé des Autochtones
hab.	Habitant
Loi	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

Sommaire

À l'été 2011, un comité de travail tripartite composé du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de Santé Canada et de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSPNQL) a été mis sur pied afin de soutenir le développement et la mise en œuvre d'Ententes de collaboration en matière de santé mentale et de dépendances. **Les principaux objectifs de ces Ententes** étaient d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale et en dépendances et de favoriser le transfert de connaissances et d'expertise entre le réseau de santé et des services sociaux (RSSS) et les communautés. Deux régions pilotes : l'Abitibi-Témiscamingue (08) et la Côte-Nord (09) ont été choisies pour expérimenter les Ententes.

L'évaluation vise principalement à documenter la mise en place des Ententes, dans ces deux régions pilotes, en relevant les facteurs contraignant et facilitant leur mise en place et leur pérennité. **Une approche essentiellement qualitative** par entretiens téléphoniques auprès d'acteurs clés a été retenue pour cette évaluation. Le présent rapport expose les principaux résultats de l'évaluation :

- **Principales étapes de l'implantation :**

Toutes les communautés ont été invitées par le MSSS et la CSSPNQL à prendre part, avec les ASSS, les CSSS et leurs partenaires, à une rencontre d'information concernant les Ententes dans leur région respective. À la suite de ces rencontres, chaque CSSS impliqué et chaque communauté ont formé des comités de travail pour l'implantation des Ententes. Après ces étapes, l'implantation de l'Entente s'est modulée en fonction des réalités et des contextes propres à chaque CSSS. Le rythme de l'implantation des Ententes est largement influencé par le niveau de collaboration existant entre les deux organisations. Au moment de l'évaluation, tous les comités s'étaient déjà rencontrés au moins une ou deux fois, et deux communautés (Eagle Village et Pikogan) avaient déjà signé leur Entente avec leur CSSS respectif.

- **Facteurs facilitant ou contraignant l'implantation des Ententes :**

- la reconnaissance de la part des communautés de l'importance accordée à la démarche dans le RSSS grâce à l'implication de décideurs;
- la confiance dans la pérennité de la démarche, étant donné qu'elle ne dépend pas directement d'un financement;
- la distance géographique entre la communauté et le point de service du CSSS le plus proche;
- la langue;
- le roulement du personnel et les postes vacants;
- les enjeux politiques amenés par l'implication des Conseils de bandes dans certaines communautés;
- le contexte de réorganisation des services dans le RSSS et dans certaines communautés;
- le relais de l'information confidentielle entre les CSSS et les communautés;
- la perception de la notion du temps des personnes des communautés et des CSSS.

- **Retombées positives :**

- une meilleure connaissance de l'organisation des services de part et d'autre;
- l'évolution positive de dossiers prioritaires dans certaines communautés;
- la réalisation d'activités de transfert de connaissances et d'expertise, et de sensibilisation.

Ainsi, bien que seulement deux Ententes soient signées à ce jour, les participants à l'évaluation reconnaissent une plus-value à la démarche et souhaitent la pérennité des mécanismes mis en place. Il serait toutefois pertinent, de suivre **des indicateurs** sur la consommation des services sociaux et de santé, notamment en santé mentale et dépendances, par les membres des communautés autochtones non conventionnées, et sur la qualité des services qu'ils reçoivent dans le RSSS afin d'apprécier les effets des Ententes ultérieurement.

Introduction

Ce document présente les résultats de l'évaluation de l'implantation des Ententes de collaboration en santé mentale et en dépendances entre les CSSS et les communautés autochtones non conventionnées dans deux régions pilotes du Québec : l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord. Ces résultats découlent principalement de l'analyse faite des entretiens téléphoniques réalisés auprès d'un échantillon d'intervenants et de gestionnaires du RSSS qui ont participé à l'implantation de ces Ententes. Après un rappel du contexte et de l'historique du projet et une brève description de la méthodologie, les principaux constats sont présentés.

1. Contexte et historique du projet

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ne peuvent assumer une responsabilité populationnelle à l'égard des communautés autochtones non conventionnées, puisque le Québec reconnaît à ces dernières l'autonomie et la responsabilité de mettre en place leurs propres services, selon les modalités et les objectifs qui leur conviennent. Toutefois, les établissements du RSSS ont la responsabilité d'offrir à la clientèle autochtone qui se présente à leurs portes, les mêmes services qu'à l'ensemble des Québécois. On dénombre 55 communautés autochtones au Québec, dont 24 sont désignées à titre de communautés autochtones non conventionnées.

Lors du forum de Mashteuiatsh¹ en 2006, le MSSS s'est engagé à rendre systématique la continuité des soins et des services au retour d'un Autochtone en communauté après un épisode de soins dans les établissements du RSSS. Le Québec se reconnaît également une responsabilité en matière de complémentarité des soins et des services avec ceux disponibles dans les communautés autochtones non conventionnées ainsi qu'en matière de transfert de connaissances².

Malgré ces dispositions, l'accessibilité aux services sociaux et de santé du RSSS et la continuité des soins constituent un enjeu important pour les membres des communautés non conventionnées. Parfois, après avoir bénéficié des soins dans le RSSS, certains patients autochtones sont renvoyés dans leur communauté sans aucun arrimage avec le centre de santé de la communauté, ce qui nuit considérablement à la continuité des services. La présence de services non adaptés à la culture autochtone a aussi été rapportée.

En effet, une étude publiée en 2011, dans le cadre du Fonds de transition pour la santé des autochtones (FTSA)³ de Santé Canada, faisait état de certains facteurs limitant l'accessibilité et nuisant notamment à la continuité des services en santé mentale et en dépendances pour la clientèle autochtone. Ces principaux facteurs sont :

- la méconnaissance des services disponibles dans le RSSS et de l'organisation de ces services, de la part des membres des communautés autochtones non conventionnées;
- le manque de liaison entre les services du RSSS et ceux disponibles au sein des communautés;
- la distance culturelle entre intervenants du RSSS et Autochtones.

Ainsi, le projet d'Ententes propose de formaliser les engagements respectifs relatifs à la prestation des services en santé mentale et en dépendances et de mettre en place des mécanismes de coordination et de communication entre le RSSS et les communautés autochtones non conventionnées. Le MSSS a soutenu financièrement les ASSS pour la coordination au niveau régional et local et la mise en œuvre du projet. Par ailleurs, Santé Canada, dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé (FISS)⁴, octroie un financement à la CSSSPNQL pour l'accompagnement des communautés autochtones à la signature des Ententes. Les problèmes en santé mentale et en dépendances ont été retenus pour ce projet parce qu'ils constituent des problèmes criants dans la plupart des communautés autochtones non conventionnées^{5, 6 et 7}. Le plan opérationnel du projet a été présenté à une rencontre du comité de direction (CODIR) du MSSS, le

¹ Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations. *Agir maintenant... pour l'avenir*. 137 p.

² MSSS, (2007). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux autochtones*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec. 30 p.

³ Fonds de transition en santé autochtone, 2005-2010. <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/recfr.pdf?sfvrsn=2>. 143 p. consultées le 20 octobre 2014.

⁴ Fonds d'intégration des services de santé : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/services/acces/hsif-fiss-goals-principes-fra.php>, Santé Canada Consulté le 26 juin 2015.

⁵ MSSS, 2005. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Gouvernement du Québec, 97 p.

⁶ MSSS, 2007. *Unis dans l'action. Offre de services en dépendances*. Gouvernement du Québec, 58 p.

⁷ Delphine Collin-Vézina, Mireille De La Sablonnière-Griffin et Chantal Dutrisac, (2011). *Développement d'un modèle d'organisation des services en santé mentale chez les communautés des Premières Nations du Québec- Rapport de recherche préparé pour la CSSSPNQL*, 80 p.

20 novembre 2012, et deux régions ont été identifiées comme régions pilotes pour expérimenter les Ententes : l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord⁸. Par ailleurs, la Direction de l'évaluation du MSSS a reçu le mandat d'évaluer la mise en place des Ententes dans ces deux régions afin, entre autres, d'en faire profiter d'autres régions qui souhaiteraient entreprendre une démarche semblable.

1.1. Modèle logique

L'implantation des Ententes de collaboration vise, par les activités qu'elle sous-tend, à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale et en dépendances, et à favoriser le transfert des connaissances et de l'expertise entre le RSSS et les communautés autochtones non conventionnées. Le modèle logique présenté en annexe résume les objectifs du programme, les activités prévues ainsi que les résultats attendus (voir annexe 1). Un comité de travail formé du MSSS, de la CSSSPNQL et de Santé Canada a été créé pour soutenir l'implantation des Ententes. Cinq directions du MSSS sont impliquées : la Direction des affaires autochtones, la Direction de la santé mentale, la Direction des dépendances et de l'itinérance, la Direction de l'évaluation et la Direction de la santé publique.

1.2. Objectifs et questions d'évaluation

Le principal objectif de l'évaluation était de documenter l'implantation et de relever les facteurs contraignant ou favorisant leur mise en place et leur pérennité. Certaines dimensions se rapportant à l'efficacité ont aussi été abordées au cours de cette évaluation. Plus précisément, les objectifs de l'évaluation visaient à :

- documenter le processus et la dynamique d'élaboration des Ententes de collaboration;
- identifier les facteurs qui ont facilité ou qui ont entravé l'implantation des Ententes, et les solutions mises en place pour les surmonter;
- documenter la satisfaction des intervenants des CSSS en lien avec l'implantation des Ententes;
- déterminer les premières retombées du projet sur le continuum de services offerts aux populations des communautés autochtones non conventionnées;
- mesurer l'efficacité et la pérennité des différents mécanismes mis en place dans le cadre des Ententes.

Cette évaluation a été menée seulement auprès du RSSS et n'a porté que sur les démarches entreprises dans les deux régions pilotes. Cependant, la CSSSPNQL a reçu le mandat d'évaluer l'implantation des Ententes du point de vue des communautés autochtones non conventionnées dans toutes les régions où le processus est amorcé. Des objectifs d'évaluation sensiblement identiques à ceux mentionnés plus haut ont été retenus pour l'évaluation conduite par la CSSSPNQL⁹.

1.3. Méthodologie

Une approche essentiellement qualitative a été retenue pour cette évaluation. Les informations ont été recueillies lors d'entrevues téléphoniques semi-dirigées à l'aide d'une grille de questions élaborée à partir des objectifs d'évaluation (voir annexe 3). La grille de questions a été transmise aux participants à l'évaluation avant les entretiens, pour qu'ils se familiarisent avec les différents thèmes. Les entretiens ont été enregistrés, et les informations obtenues retranscrites à l'aide du logiciel Nvivo, pour analyse. L'information ainsi recueillie a alors été résumée et catégorisée en thèmes et éléments de réponses aux questions d'évaluation.

⁸ MSSS, 2012. *Compte-rendu du CODIR du 20 novembre 2012-Point 5.7 de la rencontre Protocoles d'Entente encadrant les trajectoires de services en santé mentale et en dépendances pour les communautés autochtones non conventionnées du Québec*, 2 p.

⁹ Émilie Grantham, 2013. *Projet d'appui au développement d'un continuum de services en santé mentale et dépendances pour les Premières Nations du Québec-Devis d'évaluation*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. 12 p.

Une analyse des comptes rendus disponibles des rencontres charnières tenues au cours des démarches entreprises pour la signature des Ententes a été également réalisée. Cette analyse a contribué principalement à décrire les particularités de l'implantation des Ententes dans chacune des régions pilotes.

2. Principaux constats

2.1. Les entrevues téléphoniques

Les personnes impliquées dans l'implantation des Ententes dans les ASSS et les CSSS des régions pilotes ont pris part à une entrevue téléphonique. Le contexte de l'annonce et de l'approbation de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2) (Loi) a occasionné des délais durant la collecte des données. Elle s'est échelonnée sur environ quatre mois, du 10 novembre 2014 au 27 avril 2015. Dans les ASSS, les personnes qui ont participé à l'évaluation sont les répondants du dossier autochtone, et dans les CSSS, ce sont des directrices de programme en santé mentale, en dépendances ou en santé publique. Au total, neuf entrevues téléphoniques ont été réalisées.

2.2. Les ressources

En plus des personnes ayant pris part à un entretien téléphonique, d'autres ont contribué à l'implantation des Ententes. Ces ressources variaient d'un CSSS à l'autre et sont, pour la plupart, des intervenants, des directeurs ou des directrices d'autres programmes services qui ont accompagné les porteurs de dossiers principaux. Aucune embauche n'a été faite dans les CSSS participants. Pour réaliser les travaux d'implantation, chacune des ASSS a reçu un versement non récurrent du MSSS de 20 000 \$. Ce montant a surtout été utilisé pour le remboursement de frais de déplacement et de formations. Des partenaires des CSSS, tels que les centres jeunesse et les organismes communautaires, ont aussi pris part à l'implantation des Ententes, en fonction des rôles régionaux qu'ils jouent dans les prestations des soins et des services en santé mentale et en dépendances. Toutefois, leur implication ne sera pas décrite dans cette évaluation.

2.3. L'implantation : ses principales étapes et son rythme

- **Invitation :**

Les communautés autochtones des régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord ont reçu, le 14 février 2013, une lettre visant à connaître leur intérêt à prendre part à la signature d'une Entente avec le CSSS de leur territoire.

- **Rencontres régionales :**

Avec le soutien de la CSSSPNQL, les communautés des deux régions pilotes qui avaient décidé d'implanter¹⁰ les Ententes, ont identifié et priorisé leurs besoins et se sont préparées à une première grande rencontre d'information avec les personnes du RSSS. Ces rencontres avaient pour but d'amorcer les travaux d'implantation des Ententes dans les deux régions. Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, cette rencontre a eu lieu les 9 et 10 octobre 2013 à Rouyn-Noranda, et celle de la Côte-Nord, les 16 et 17 octobre 2013 à Sept-Îles.

Au cours de ces rencontres, les représentants du MSSS et de la CSSSPNQL ont présenté les objectifs et les jalons qui balisent les Ententes de collaboration. Les représentants des Agences, des CSSS et leurs partenaires, ont présenté les offres de services régionaux et territoriaux, les trajectoires de soin et les enjeux en santé mentale et en dépendances. Les représentants des communautés ont présenté leur réalité respective, l'organisation des soins et les services de santé disponibles dans les communautés, et les besoins relatifs à la prise en charge des problématiques de santé, principalement en santé mentale et en

¹⁰ Toutes les communautés ont manifesté de l'intérêt pour la signature des ententes. Toutefois, certaines ont décidé de reporter l'implantation à cause de travaux de restructuration de leur système de santé.

dépendances. Les représentants du MSSS et de la CSSSPNQL ont profité de ces rencontres pour présenter un modèle d'Entente et pour proposer un plan de travail pour la mise en œuvre de ces Ententes (voir annexe 2).

- **Formation de comités locaux :**

Après ces rencontres, chaque CSSS et chaque communauté impliqués ont formé des comités locaux. Ces comités se sont rencontrés afin d'élaborer le document de l'Entente selon les problématiques locales respectives. Les ASSS et la CSSSPNQL avaient le mandat de soutenir les CSSS et les communautés dans leur démarche.

- **Rythme d'implantation :**

Les démarches initiales, décrites précédemment, étaient communes à tous les CSSS et aux communautés des deux régions pilotes. Par la suite, l'implantation s'est modulée en fonction des réalités propres à chaque communauté et à chaque CSSS. Par exemple, certains CSSS avaient déjà de bonnes relations avec les communautés alors que d'autres en avaient très peu. Le rythme de l'implantation est largement influencé par le niveau de collaboration existant entre les deux organisations. Selon les personnes qui ont participé à l'évaluation, les travaux avancent lentement pour la plupart, mais c'est un rythme qui doit être respecté pour assurer la pérennité des Ententes et des mécanismes qui seront mis en place. Le fait qu'une Entente soit signée rapidement ne signifie pas toujours que les mécanismes mis en place seront efficaces, surtout si les liens de confiance ne sont pas bien établis au préalable. Par exemple, au cours de l'implantation, il a été important de bien définir le rôle des CSSS et de revoir les objectifs des Ententes, même après les grandes rencontres régionales. Selon les participants à l'évaluation, ces clarifications étaient importantes pour éviter des frustrations, surtout lorsque, au départ, peu de relations unissaient le CSSS et les communautés. Le tableau suivant met en relation l'état des relations entre les communautés et les CSSS, et l'avancement des travaux sur l'implantation des Ententes.

Tableau 1 – État des relations entre les communautés autochtones de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord et l'avancement des travaux sur l'implantation des Ententes au moment de la collecte des données

Territoires de CSSS Région 08 (population)	Communautés (nombre d'hab., langues parlées à la maison ¹¹ /distance entre le point de service du CSSS le plus proche ¹²)	Relation avec le RSSS	Avancement des travaux
CSSS du Témiscamingue (16 345 hab.)	1. Eagle Village–Kipawa (962 hab. – anglais/10 km)	- La communauté entretient de très bonnes relations avec le CSSS depuis longtemps (partage d'information, échange d'expertise, projets communs, etc.).	- L'Entente a été signée le 21 juin 2014 après 3 rencontres.
	2. Timiskaming , (2 000 hab. – anglais/30 à 350 km)	- Très peu d'échange et de collaboration unissent la communauté et le CSSS : - o La communauté est anglophone alors que les services au point de service du CSSS le plus proche de la communauté sont disponibles en français. - o La communauté est proche de la frontière ontarienne, où les services de santé sont disponibles en anglais.	- La directrice du centre de santé de la communauté a été récemment embauchée; - Il semble y avoir un certain intérêt pour le partage de connaissance et d'expertise, mais peu d'intérêt pour l'obtention des services du CSSS; - La reprise des travaux est prévue pour début 2015.
CSSS des Eskers de L'Abitibi (24 820 hab.)	3. Pikogan , (1 006 hab. – français; anglais/50 km)	- La communauté entretient de bonnes relations avec le CSSS. Toutefois, les échanges doivent être améliorés. - Des ententes ont déjà été signées pour d'autres services entre le CSSS et la communauté.	- L'Entente a été signée le 12 décembre 2014 après 5 rencontres.
CSSS de la Vallée-de-l'Or (43 813 hab.)	4. Kitcisakik , (467 hab. – français/50 à 350 km)	- Les communautés entretiennent de bonnes relations avec le CSSS. - Les communautés collaborent déjà avec le CSSS et la CSSSPNQL pour la fluidité des services et d'autres projets communs comme le projet pilote d'équipe en mieux-être mental ¹³ ;	- Après 2 rencontres il a été convenu que 2 démarches distinctes seront entreprises : une avec Kitcisakik, et une avec Lac-Simon; - La communauté Kitcisakik, malgré une récente crise politique, est en avance dans la démarche.
	5. Lac-Simon , (1 963 hab. – français/moins de 50 km)	- Toutefois, d'après la directrice des services à la communauté et de la santé publique du CSSS, les membres des communautés n'utilisent pas les services disponibles dans le RSSS pour plusieurs raisons, telles que l'accessibilité géographique.	

Code de couleurs¹⁴ :

Démarche de signature d'Entente complétée;

Démarche en cours ou sur le point d'être complétée;

Démarche peu avancée ou en suspens.

¹¹ Sources de données : Affaires autochtones et développement du Nord. <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100019337/1100100019343> consulté le 2 juin 2015 et INSPQ, MSSS et ISQ, (2006).

Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec-Les statistiques. Gouvernement du Québec, 680 p. et entrevues téléphoniques.

¹² La distance entre la communauté et le CSSS donne seulement une idée de l'accès géographique aux services des CSSS et ne représente pas toujours la distance réelle qui dépend davantage de la trajectoire naturelle utilisée par les patients autochtones et de la disponibilité des services.¹³ Patricia Montambault, 2014. *Projet pilote d'équipe en mieux-être mentale* : https://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/mem_final_juillet_2014v2.pdf?sfvrsn=2. Rapport final d'évaluation. CSSSPNQL, 105 p.

Tableau 1 – (Suite)

Territoires de CSSS Région 09 (population)	Communautés (nombre d'hab., langues parlées à la maison/distance entre le point de service du CSSS le plus proche)	Relation avec le RSSS	Avancement des travaux
CSSS de la Minganie (6 357 hab.)	6. Eukuanitshit (Mingan), (590 hab. – français/50 à 350 km)	- Des mécanismes d'échange entre les communautés et le CSSS ont été mis en place pour le suivi, la complémentarité et l'arrimage des services de première ligne jeunesse lors de projets en lien avec le FTSA en 2010. - Des rencontres régulières entre le CSSS et les communautés visent l'orientation clinique de leur patient.	- Le projet d'Entente a été bien reçu par le CSSS et les communautés; - Les premières rencontres ont été fructueuses, mais les travaux stagnent depuis l'annonce de réorganisation dans le RSSS; - Les porteurs de dossiers, de part et d'autre, ont changé, ce qui a occasionné des délais.
	7. Nutashkuan, (1 063 hab. – français/50 km)		
CSSS de la Haute-Côte-Nord — Manicouagan (31 160 hab.)	8. Pessamit, (3 870 hab. – français/50 km)	- Certains corridors de services existent déjà entre le CSSS et la communauté notamment en santé physique; - Toutefois, l'historique des relations entre la communauté et le CSSS est récent. - Le CSSS vient de fusionner avec le CSSS de la Haute-Côte-Nord (2013).	- La communauté a besoin de définir ses services avant de poursuivre les travaux sur l'implantation de l'Entente; - Les travaux de restructuration dans la communauté sont en cours depuis juin 2014.
CSSS de Sept-Îles (27 597 hab.)	9. Uashat Mak Mani-Uténam, (4 294 hab. – français/moins de 15 km)	- La collaboration entre le CSSS et la communauté est exemplaire. - L'Entente ne touchera pas les services en santé mentale (ces services sont en développement dans la région), mais d'autres problèmes prioritaires comme la dépendance et les cas complexes et récurrents.	- Une version finale du document de l'Entente sera bientôt soumise pour validation et signature.
CSSS de la Basse-Côte-Nord (5 184 hab.)	10. Unamen Shipu (La Romaine), (1 115 hab. – français/400 km)	- L'accès géographique est très difficile. - La directrice du centre de santé de la communauté La Romaine est décédée, et lui trouver un successeur est difficile. - Les communautés (surtout Pakuashipi) ne veulent plus passer par le CSSS de la Basse-Côte-Nord avant d'aller au CSSS de Sept-Îles pour obtenir des soins. - Les communautés souhaitent que le CSSS de Sept-Îles participe à l'Entente parce que tous les services de deuxième ligne sont offerts par ce CSSS.	- Les communautés ont des dossiers en suspens et veulent les faire avancer avant d'entreprendre des démarches pour l'Entente (par ex. ordonnance collective pour la pilule contraceptive); - Les travaux se poursuivent avec Pakuashipi, mais le CSSS est en attente du nouveau directeur pour La Romaine; - Les travaux sur les Ententes pour les deux communautés se font aussi avec le CSSS de Sept-Îles.
	11. Pakuashipi, (355 hab. – français; anglais/accessible par voies aériennes et maritimes (en été seulement))		

Code de couleurs¹⁴ :

Démarche de signature d'Entente complétée;

Démarche en cours ou sur le point d'être complétée;

Démarche peu avancée ou en suspens.

¹⁴ Cette classification des communautés en fonction de l'état d'avancement de la démarche repose sur le jugement de l'évaluateur.

2.4. Facteurs facilitant ou contraignant l'implantation des Ententes

Selon les participants à l'évaluation, plusieurs facteurs influencent les relations entre les communautés autochtones et le CSSS. Ce sont ces mêmes facteurs qui facilitent ou contraignent la mise en place des Ententes. Voici les principaux :

- **La nature des relations existant entre les CSSS et la communauté :**

Les CSSS qui entretenaient de bonnes relations avec les communautés de leur territoire avaient plus de facilité à initier les démarches et à organiser des rencontres afin d'arriver à la signature de l'Entente. C'est le cas pour les deux communautés qui ont signé une Entente, la Eagle Village First Nation et la communauté de Pikogan (voir tableau précédent).

- **L'implication de décideurs (directeurs ou directrices de CSSS, gestionnaires, cadres, chefs de programme, etc.) :**

Les participants à l'évaluation reconnaissent que l'implication des décideurs de haut niveau témoigne de l'importance accordée à ce dossier, ce qui a permis de créer un lien de confiance plus fort avec les communautés. Ils estiment que cela est primordial bien qu'il n'a pas toujours été facile d'organiser des rencontres vu l'agenda chargé des personnes concernées.

- **Confiance dans la pérennité de la démarche étant donné que celle-ci ne dépend pas directement d'un financement :**

Le fait qu'il n'y ait aucun financement spécifiquement attribué aux Ententes constitue un point positif qui augmente la confiance des acteurs impliqués. Généralement, les projets dans les communautés sont tributaires d'un financement et, quand les fonds sont épuisés, le projet prend fin. Dans le cadre des Ententes, la situation est différente puisqu'il ne s'agit pas de développer de nouveaux services, mais d'améliorer, entre autres, la continuité entre les services déjà disponibles dans les CSSS et ceux des communautés.

- **Diffusion des bons coups :**

La première Entente entre le CSSS de Témiscamingue et la communauté Eagle Village First Nation a été signée lors de la Journée nationale des Autochtones¹⁵. Le comité en place pour les travaux sur les Ententes a décidé d'inscrire l'événement dans le cadre des célébrations de cette Journée, avec signature officielle de l'Entente, pour donner un rayonnement particulier et une couverture médiatique afin que d'autres communautés autochtones non conventionnées puissent s'inspirer de cette démarche. La signature de l'Entente entre le CSSS et la communauté a aussi été mentionnée dans un article du journal local.

- **La distance géographique entre la communauté et le point de services du CSSS le plus proche :**

De façon générale, plus l'accès géographique à un point de service du CSSS est difficile pour une communauté, plus les relations entre cette communauté et le CSSS sont compliquées et difficiles à maintenir. En revanche, lorsque la communauté est située proche d'un point de service du CSSS, les communications et les échanges entre intervenants allochtones et autochtones sont meilleurs, et les travaux sur l'implantation des Ententes se déroulent mieux. Par exemple, les relations du CSSS de Témiscamingue avec la communauté Eagle Village First-Nation sont beaucoup plus fortes qu'avec la Timiskaming First Nation. Un échange culturel naturel se fait entre les autochtones de la communauté et les allochtones parce que la plupart travaillent dans la même usine et que leurs enfants fréquentent la même école.

¹⁵ Gouvernement du Canada. <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100013248/1100100013249>. Consulté le 25 mars 2015.

- **La langue :**

Les communautés non francophones entretiennent généralement peu de relation avec les CSSS dont les services sont principalement offerts en français. Par exemple, les membres de la Timiskaming First Nation, sur le territoire du CSSS de Témiscamingue, préfèrent obtenir des soins de santé en Ontario parce que la communauté est proche de la frontière et que les services y sont offerts en anglais. Les membres de cette communauté entretiennent donc très peu de relation avec le CSSS de Témiscamingue et ne connaissent pas les services qui y sont disponibles. La barrière linguistique constitue aussi un frein à la participation des autochtones anglophones aux activités de transfert de connaissances et d'expertise. La plupart des formations dans le RSSS sont disponibles en français seulement.

Il est toutefois important de noter qu'il ne s'agit pas d'une contrainte pour toutes les communautés. La communauté la plus avancée dans le processus est une communauté anglophone : la Eagle Village First Nation est la première communauté à avoir signé une Entente avec le CSSS de son territoire (voir tableau 1). Selon les participants à l'évaluation, une grande partie du personnel du point de service du CSSS de Témiscamingue le plus proche de la communauté est bilingue et entretient de bonnes relations avec la communauté.

- **Le roulement de personnel et les postes vacants :**

Que ce soit dans le RSSS ou dans les communautés, les établissements ont de la difficulté à embaucher du personnel ou à le maintenir en poste. Par exemple, de 2011 à 2013, il n'y avait pas de répondants pour les services en dépendances à l'ASSS de la Côte-Nord, ni pour la liaison autochtone régionale¹⁶. Le centre de santé de la communauté Unamen Shipu (La Romaine) a perdu sa directrice en septembre 2014, et le Conseil de bande peine à lui trouver un successeur. Le directeur du centre de santé de Timiskaming a changé de poste durant les travaux sur les Ententes, ce qui constitue un obstacle au maintien des relations entre les communautés et les CSSS et, de ce fait, à l'implantation des Ententes de collaboration. Le départ d'une personne clé¹⁷ dans une communauté ou dans un CSSS occasionne systématiquement des délais additionnels à la mise en place des Ententes.

- **Les enjeux politiques amenés par l'implication des conseils de bandes :**

Les conseils de bande sont les interlocuteurs privilégiés des Autochtones auprès des instances gouvernementales. Ils exercent un pouvoir élargi et ont la responsabilité de dispenser tous les services à la communauté, y compris ceux qui relèvent de la santé et de l'éducation¹⁸. Toutefois, dans certaines communautés, les centres de santé sont autonomes, et certaines décisions sont prises sans une grande implication de leur Conseil de bande. Dans d'autres communautés, le Conseil de bande est partie prenante des décisions du centre de santé. Selon les personnes ayant participé à l'évaluation, les travaux sur l'implantation des Ententes débordent alors parfois du cadre de la santé et des services sociaux et traitent d'enjeux politiques qui, en général, dépassent les compétences des personnes du CSSS et créent des délais à l'implantation des Ententes.

- **Le contexte de réorganisation des services :**

L'implantation des Ententes est retardée ou considérablement ralentie dans les organisations en réorganisation ou en restructuration. Par exemple, la communauté de Pessamit, dans la région de la Côte-Nord, est en train de revoir toute la structure et l'organisation de ses services de première ligne. L'implantation de la Loi dans le RSSS retarde également, les travaux sur les Ententes.

¹⁶ À l'exception de certaines personnes nommées dans le cadre d'un projet particulier.

¹⁷ Directeur ou directrice de Centre de santé par exemple.

¹⁸ Denise Gaudreault, 2011. *Amérindiens et Inuits. Portrait des nations autochtones du Québec*, 2^e édition. Direction des communications du ministère du Conseil exécutif. 64 p.

- **Le relais de l'information confidentielle :**

Après un épisode de soins dans un CSSS, les patients autochtones de retour dans leur communauté doivent généralement bénéficier d'un suivi par les centres de santé de leur communauté. Malheureusement, certaines communautés se plaignent de ne pas avoir d'information sur la trajectoire et la nature des soins ou des services obtenus par le patient autochtone dans le RSSS, particulièrement au moment où le patient obtient son congé. Ce manque d'information nuirait à la continuité des soins et des services pour ces patients.

- **La perception de la notion du temps des personnes des communautés et des CSSS :**

Les intervenants du CSSS ont eu à faire beaucoup de rappels au cours des travaux sur l'implantation des Ententes, lors des échanges avec les communautés autochtones afin de faire avancer les travaux : leur perception et leur gestion de la notion du temps seraient différentes de celle des Autochtones. En effet, les responsables des CSSS travaillent avec des échéanciers parfois imposés dont ils sont imputables, alors que les membres des communautés autochtones ont certaines activités, primordiales pour eux, comme les semaines culturelles ou la chasse, planifiées selon des marqueurs climatiques souvent imprévisibles. Les personnes des CSSS sont aussi soumises à des procédures administratives qui créent parfois des délais pas toujours bien compris des communautés autochtones. Par exemple, selon un responsable d'un des CSSS impliqués, les Autochtones ne comprennent pas qu'il puisse s'écouler un an entre le moment où un financement pour une formation a été autorisé et la réalisation de cette formation. Ainsi, cette méconnaissance culturelle réciproque et cette différence dans la gestion du temps créent de la frustration des deux côtés et nuisent à la collaboration.

2.5. Premières retombées des Ententes

Malgré les facteurs contraignants, certains effets positifs ont été constatés, et les personnes qui ont participé à l'implantation des Ententes ont témoigné des premières retombées et de certaines conditions facilitantes. Voici les principales :

- **Meilleure connaissance réciproque de l'organisation des services :**

Étant donné le besoin réciproque de connaître aussi bien l'organisation des services que les responsables de chaque organisation, plusieurs comités ont décidé d'alterner les lieux de rencontres entre la communauté et un point de service du CSSS. Ainsi, une partie des rencontres était consacrée à la visite des lieux et à la présentation de l'organisation et de la trajectoire des services. Les services offerts de part et d'autre sont mieux compris, ce qui constitue une bonne base de discussion sur les obstacles à la collaboration et les différents moyens de les surmonter. Par exemple, le simple fait de connaître les heures d'ouverture des centres de santé des communautés permet de mieux comprendre les demandes de services dans les CSSS. Le transfert d'un patient ou le suivi à un épisode de soin dans un CSSS peuvent être mieux planifiés, et ce, avant même la signature d'une Entente formelle dans la plupart des cas.

- **Évolution positive de dossiers prioritaires dans certaines communautés :**

La mise en place des Ententes a créé un espace de discussion entre les CSSS et les communautés autochtones. Certaines communautés, surtout dans la région de la Côte-Nord, ont profité de cet espace de discussion pour faire avancer des dossiers prioritaires. Ces communautés ont même demandé que certains de ces dossiers en suspens soient réglés avant de parler des Ententes de collaboration pour les problèmes de santé mentale et de dépendances. Ainsi une ordonnance collective pour la pilule contraceptive¹⁹ et d'autres problèmes

¹⁹ Institut national de santé publique, 2010. *La planification des naissances sur la Côte-Nord*. Direction du développement des individus et des communautés.

de santé a été obtenue à Pakuashipi et à La Romaine²⁰. À Sept-Îles, l'installation à domicile et l'entretien d'un appareil d'oxygénothérapie par un inhalothérapeute du RSSS sont délicats, vu que les intervenants du CSSS ne peuvent pas se rendre dans les communautés pour offrir des services. L'espace de discussion créée par l'implantation des Ententes permet d'aborder ces problèmes et de proposer des solutions.

• **Réalisation d'activités de transfert de connaissance et d'expertise et de sensibilisation :**

Certains CSSS ont fait circuler une consigne rappelant aux chefs de service et aux intervenants d'informer les communautés des activités de transfert de connaissances disponibles dans le RSSS. Ainsi, les membres des communautés autochtones peuvent bénéficier de ces formations en personne ou par visioconférence (la plupart des communautés autochtones non conventionnées des deux régions pilotes sont équipées pour la visioconférence). Les responsables des ASSS ont adapté la planification des activités de transfert de connaissance de façon à en augmenter la participation. Par exemple, la répondante autochtone de la Côte-Nord essaie de situer les activités de transfert de connaissance à Baie-Comeau ou à Sept-Îles, afin de permettre à plus de personnes possibles puissent y participer. De plus, lorsque c'est possible, les lieux de rencontres sont alternés entre les locaux du CSSS et ceux des communautés afin de rendre ces formations disponibles équitablement dans toute la région.

Par ailleurs, la plupart des CSSS et des communautés ont, dans le cadre de l'implantation des Ententes, bénéficié des formations Piwaseha²¹ Wedokodadowiin²². Ces formations sont destinées au personnel du RSSS et des communautés qui souhaitent améliorer leurs compétences culturelles auprès de la clientèle autochtone. Près de 200 intervenants du réseau et des communautés autochtones ont bénéficié de ces formations. Les principaux objectifs de ces formations sont :

- Être capable de démontrer des comportements d'ouverture et d'acceptation quant aux différences culturelles;
- Prendre conscience des différents obstacles qui nuisent à la communication et aux relations avec les autochtones;
- Reconnaître l'impact des perceptions négatives sur l'estime de soi chez les autochtones;
- Prendre conscience de ses propres valeurs culturelles et tenir compte de l'identité autochtone dans les rapports interculturels;
- Être en mesure de comparer sa propre culture et celle des Autochtones.

²⁰ Ce problème a été résolu à Pakuashipi au cours des travaux d'implantation des Ententes. Il ne reste que quelques démarches administratives à effectuer d'après la Directrice des services aux personnes en perte d'autonomie et des programmes famille du CSSS. Les discussions sont en cours avec la communauté La Romaine.

²¹ Formation Piwasewa : <http://formationcontinue.ugat.ca/fr/DCH-605.html>. Consulté le 25 mars 2015

²² Formation Wedokodadowiin : <http://formationcontinue.ugat.ca/fr/DCH-606.html>. Consulté le 25 mars 2015

2.6. Recommandations relatives à la signature des Ententes et à la prestation de services aux patients autochtones lorsqu'ils se présentent dans un établissement du RSSS

• Premières actions à poser :

À la lumière des informations obtenues, auprès des personnes impliquées dans la démarche, nous nous permettons de proposer d'intensifier certaines actions qui ont le potentiel de faciliter les relations entre les CSSS et les communautés autochtones de leur territoire. Ces actions ont déjà porté ses fruits dans les CSSS où elles ont été mises de l'avant :

- Multiplier les occasions de rencontres et d'interactions entre le CSSS et les communautés;
- Convenir formellement de mécanismes de communication adaptés entre les CSSS et les communautés soit par le partage de bottins téléphoniques à jour ou la mise en place de lignes téléphoniques dédiées;
- Promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et de la communication disponibles dans les CSSS et les communautés (visioconférence, télémédecine, etc.);
- Favoriser l'implication des décideurs haut placés.

• Défis et pistes à explorer :

L'implantation des Ententes a aussi été placée devant certains défis. Le tableau suivant résume les principales contraintes rapportées lors de la collecte de données, et les pistes de solutions proposées, soit dans la littérature, soit dans les stratégies adoptées lors de l'implantation des Ententes :

Tableau 2- Défis et pistes à explorer

Création de lien de confiance et maintien des canaux de communication malgré le roulement de personnel	
Défis - La création des liens de confiance avec les membres des communautés autochtones non conventionnées prend du temps. Ces liens sont d'autant plus fragiles que les interlocuteurs, de part et d'autre, changent continuellement.	Pistes à explorer - Constituer et inclure, en annexe des Ententes, une liste de personnes contact du CSSS et de la communauté, avec leurs coordonnées; - Maintenir la liste à jour en informant rapidement l'autre partie des changements; - Mettre en place des canaux de communication clairs (partage de bottin téléphonique à jour, etc.); - Multiplier les occasions de se rencontrer et favoriser l'implication des décideurs.
Collaboration en contexte de restructuration et de changements organisationnels	
Défis - Tout comme le roulement du personnel, les travaux de restructuration et de changements organisationnels, autant du côté des communautés autochtones que du côté du RSSS, peuvent engendrer de l'incertitude et démobiliser les acteurs impliqués.	Pistes à explorer - Maintenir les personnes informées des changements qui peuvent affecter les relations entre les deux organisations; - Prendre en considération les préoccupations des partenaires lors de la réorganisation des systèmes et de les en informer.
Problèmes d'accessibilité géographique	
Défis - Plus particulièrement dans la région de la Côte-Nord, les distances et les moyens de transport sont problématiques, même pour la population allochtone. Un seul vol par jour dessert certains endroits accessibles uniquement par avion. Les porteurs de dossier de part et d'autre composent avec cette réalité lors de la planification de séances de travail pour l'implantation des Ententes.	Pistes à explorer - Réaliser au moins une rencontre en présence sur une base trimestrielle ou annuelle. Par exemple, selon la directrice des services à la communauté du CSSS de la Basse-Côte-Nord, une fois par année, des gestionnaires du CSSS font la tournée du territoire et se rendent dans les centres de santé des communautés afin de maintenir les liens malgré la distance;

	- Profiter des déplacements destinés aux activités de transfert de connaissances pour organiser des sessions de travail; - Maintenir un contact régulier par les technologies de l'information et de la communication disponibles (visioconférence, télésanté).
Obtention du consentement des patients pour le relai des informations confidentielles	
Défis - Le transfert de l'information concernant le suivi d'un patient autochtone ayant reçu des soins dans un CSSS ne peut se faire sans son consentement éclairé. - Dans certains cas, le patient refuse que ces informations soient divulguées au centre de santé de sa communauté. Cela survient surtout lorsqu'il s'agit d'une petite communauté autochtone où, parfois, le professionnel de la santé dans la communauté peut être un membre de la famille du patient ou quelqu'un de très proche.	Pistes à explorer - Indiquer clairement aux centres de santé des communautés autochtones que, malgré les efforts entrepris pour le transfert des informations sur le suivi d'un patient, le consentement du patient lui-même est obligatoire; - Faire valoir auprès des patients les bénéfices de la continuité des services lorsqu'ils reçoivent des soins et des services de santé dans le RSSS.
Communication lors de la prestation des services et des soins de santé aux patients autochtones	
Défis - D'après l'article 15 de la Loi sur la santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, s. d.), le RSSS a la responsabilité d'adapter ses services au contexte linguistique et culturel des régions en tenant compte des ressources disponibles. Bien que la plupart des communautés des deux régions pilotes soient officiellement francophones, la barrière linguistique a été identifiée comme l'un des facteurs nuisant à la mise en place des Ententes. Ce sont surtout les personnes scolarisées de ces communautés qui parlent français, et moins les très jeunes et les plus âgées.	Pistes à explorer - Embaucher des interprètes formelles spécialisées dans le domaine médical²³. Plusieurs stratégies d'amélioration de la communication ont fait l'objet d'études, et cette voie semble être la plus prometteuse. D'autres approches complémentaires peuvent être envisagées : - o Produire des documents bilingues (approche limitée quand il s'agit d'intervenir auprès d'une clientèle analphabète ou peu scolarisée); - o Embaucher des professionnels de la santé bilingues; - o Offrir des cours de langue seconde destinés aux professionnels de la santé; - o Utiliser une interprétation informelle (soit par l'entremise de bénévoles, ou des accompagnateurs des patients). Toutefois, des précautions doivent être prises afin d'éviter, entre autres, les erreurs graves de communication, les manquements éthiques ou les violations de confidentialité lors de l'utilisation des approches complémentaires.
Distance culturelle entre patients autochtones et intervenants des CSSS	
Défis - Tout comme la langue, la distance culturelle constitue un enjeu majeur dans la prestation des soins et des services de santé aux Autochtones qui se présentent dans un CSSS. Même si la direction des établissements des régions pilotes le reconnaît et demande aux employés de faire preuve de compréhension et de tolérance, des irritants demeurent depuis plusieurs années dans certains territoires²⁴.	Pistes à explorer - Diffuser les formations Piwaseha et Wedokodadowiin pour favoriser l'ouverture et la tolérance des intervenants des CSSS envers la culture autochtone. - Vulgariser le cadre de référence sur la prestation et le financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones²⁵, après sa révision²⁶, auprès des intervenants des CSSS et des communautés afin de mieux faire connaître les engagements et les responsabilités du Québec et du gouvernement fédéral en la matière.

²³ Anne-Marie Ouimet, Normand Trempe, Isabelle Hemlin, 2013. *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*. INSPQ, Gouvernement du Québec. 64 p.

²⁴ Suzanne Dugré, Daniel Thomas, André Gagnon, Bruno Sioui et Patrice LeBlanc, 2011. *Politiques sociales et relations entre Autochtones et non-autochtones : le cas de la ville de Val-d'Or (Québec)*. Revue internationale sur l'autochtonie. N° 3, 17 p.

²⁵ Christine Beaulieu, Louise Montreuil, Nathalie Rosebush, 2007. *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*. Affaires autochtones et régions nordiques, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la Qualité. Gouvernement du Québec, 30 p.

²⁶ Le cadre de référence doit être révisé à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

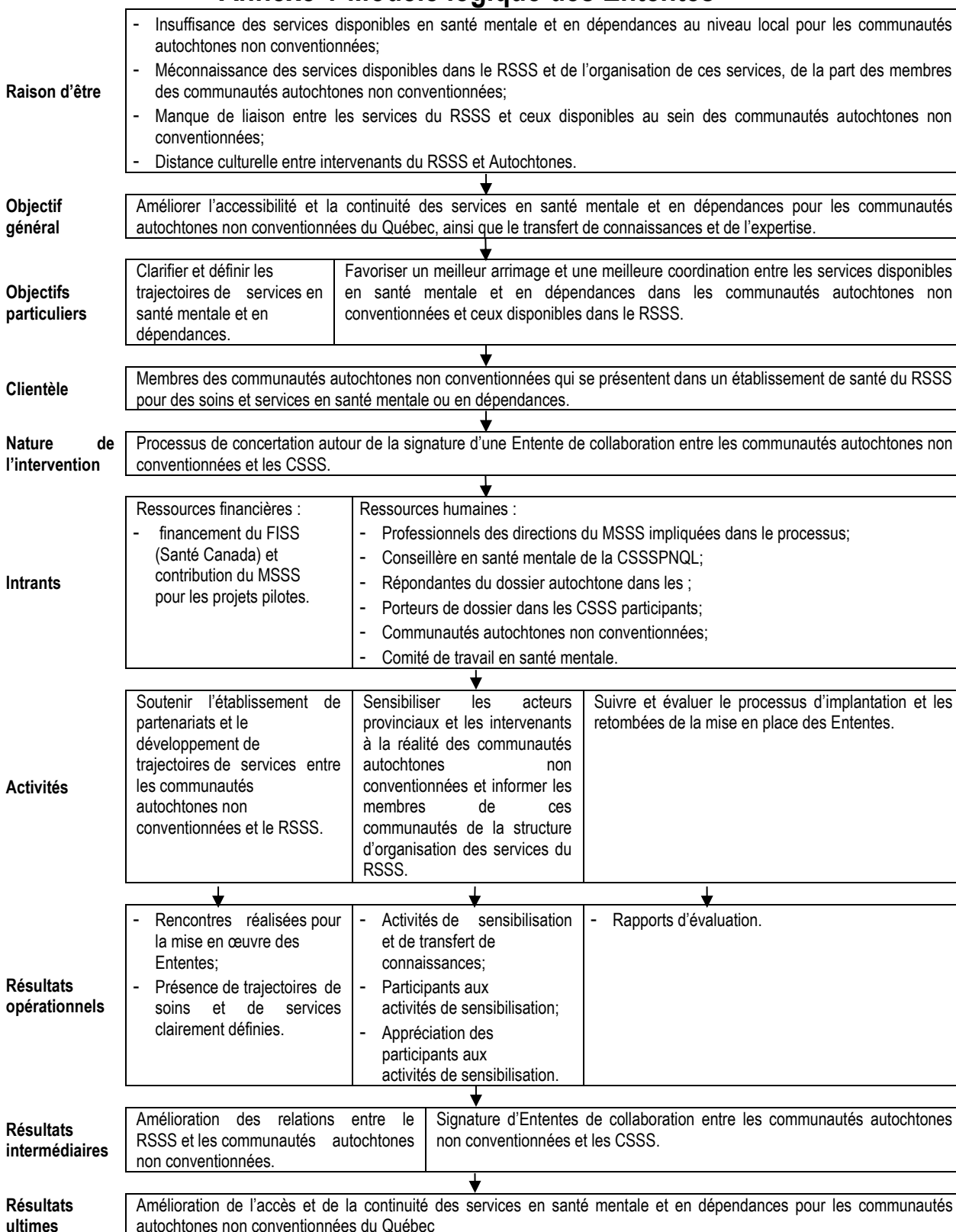
Conclusion

Même si les Ententes n'ont pas encore été signées par toutes les communautés autochtones non conventionnées et tous les CSSS impliqués, les participants à l'évaluation ont rapporté un renforcement de la collaboration entre le RSSS et les communautés autochtones impliquées dans la démarche. Les communautés et les CSSS qui entretenaient de bonnes relations avant l'implantation des Ententes travaillent à les formaliser à travers ces Ententes. Ces CSSS et ces communautés se dotent d'un outil supplémentaire, qui a l'avantage d'être à leur image, et qui tient compte des réalités locales, parce qu'il est élaboré lors d'un processus de concertation. Les communautés et les CSSS qui entretenaient peu de relations avant l'implantation des Ententes apprennent à se connaître et à travailler ensemble. L'évaluation a mis en lumière certaines embûches et des défis rencontrés au cours de l'implantation, mais aussi des pistes de solutions à envisager.

Des questions demeurent toutefois quant à l'efficacité et à la pérennité des mécanismes mis en place dans le cadre des Ententes. Ces éléments n'ont pas pu être analysés au cours de cette évaluation étant donné le rythme d'implantation des Ententes. Les participants à l'évaluation n'ont pas pu nous informer de façon satisfaisante sur l'appréciation des intervenants du réseau au sujet de la démarche entreprise pour l'implantation des Ententes. Un sondage donnerait aux intervenants concernés, c'est-à-dire aux personnes qui offrent directement des services à la population (Allochtones et Autochtones), la possibilité de s'exprimer sur ce sujet.

Il serait également pertinent d'avoir une préoccupation évaluative quant aux effets escomptés des Ententes. Pour ce faire, nous suggérons l'exploitation des systèmes d'information existants, pour effectuer un suivi de la consommation des services sociaux et de santé des communautés autochtones non conventionnées concernées par les Ententes. En dernier lieu, il serait judicieux, de voir dans quelle mesure la création des CISSS et des CIUSSS, favorisera l'intégration et la continuité des services entre le RSSS et les communautés autochtones non conventionnées.

Annexe 1-Modèle logique des Ententes



Annexe 2-Proposition d'étapes de mise en œuvre d'une Entente de collaboration

Temps 1 : Préparation pour la mise en œuvre

- ✓ Identifier un porteur de dossier (Communauté et CSSS) et convenir d'une première rencontre
- ✓ Développer une vision commune du projet; clarifier la démarche à réaliser
- ✓ Clarifier le mandat du groupe/comité de travail, le fonctionnement, les rôles de chacun des partenaires, les besoins de soutien
- ✓ Apprendre à se connaître : visite des organisations, validation des besoins de formation/sensibilisation du côté du réseau québécois et des communautés, etc.

Temps 2 : Planification et début de la mise en œuvre d'une Entente de collaboration

- ✓ Clarifier les tâches à réaliser et développer un plan de travail conjoint pour la mise en œuvre
- ✓ Clarifier les besoins et les enjeux, présenter les organisations de services respectives, etc.
- ✓ Prendre connaissance du modèle de protocole de collaboration développé
- ✓ S'approprier le modèle de protocole, l'ajuster en fonction des réalités locales, rédiger l'Entente, etc.

Temps 3 : Signature et implantation d'une Entente de collaboration

- ✓ Finaliser la rédaction de l'Entente et signer l'Entente entre la Communauté et le CSSS
- ✓ Prévoir des moments pour discuter, et évaluer la mise en place du protocole (réajustement au besoin, implication de nouveaux partenaires au besoin, évaluation de l'efficacité et de la pérennité de l'Entente, etc.)

1-Clarifier la composition et le mandat de chaque groupe/comité de travail (pour la mise en œuvre d'une Entente de collaboration)

Mandat du groupe de travail local (porteurs de dossier CSSS et communauté) :

Composition :

Porteur de dossier du CSSS :	Porteur de dossier de la <i>communauté</i> :
Autres représentants du CSSS participant à la démarche (selon les différentes étapes et les besoins) :	Autres représentants de la <i>communauté</i> participant à la démarche (selon les différentes étapes et les besoins) :

Rôles des différents partenaires impliqués :

- ✓ CSSS :
- ✓ ASSS :
- ✓ Communauté :

*Besoin de soutien exprimé par le groupe de travail (CSSS-
communauté) :*

2-Identifier les tâches à réaliser pour la mise en œuvre d'une Entente de collaboration et développer un plan de travail

Exemples de tâches à réaliser :

- ✓ Développer une vision commune du projet
- ✓ Clarifier la manière de collaborer (rencontres, fréquence, visite des organisations, etc.)
- ✓ Identifier les besoins et les priorités
- ✓ Etc.

Exemple de plan de travail :

Tâches à réaliser	Par qui?	Échéancier
✓ Clarifier le mandat de chaque groupe de travail, ses rôles et ses responsabilités ✓ Clarifier la manière de collaborer	Groupe de travail : CSSS et communauté	Août 2014
✓ Clarifier les tâches à réaliser et rédiger un plan de travail conjoint pour la mise en œuvre ✓ Planifier un atelier de sensibilisation culturelle avec le réseau québécois	Groupe de travail : CSSS et communauté	Septembre 2014 Automne 2014

Annexe 3-Objectifs et questions d'évaluation

Objectifs	Questions
Documenter l'implantation des nouvelles Ententes de collaboration	1. Quel était l'état de situation régionale avant l'intervention concernant l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale et en dépendances pour les membres des communautés autochtones non conventionnées ? (contexte d'implantation pour chacune des communautés)
	2. Quelles ont été les étapes franchies au cours de l'implantation des nouvelles Ententes de collaboration?
	3. Toutes les étapes prévues au départ ont-elles été franchies?
	4. D'autres étapes non prévues ont-elles dû être ajoutées?
	5. L'implantation des Ententes s'est-elle réalisée selon les délais préétablis? (« cadre temporel » et état d'avancement des travaux)
	6. Dans quelle mesure les partenaires (RSSS et communauté) ont-ils participé à la mise en œuvre des Ententes?
	7. Quelles sont les ressources dédiées à l'implantation des nouvelles Ententes de collaboration (ressources financières, humaines et matérielles, formation de comités, embauche de nouvelles personnes, etc.)?
Identifier les facteurs qui ont facilité ou qui ont entravé l'implantation des Ententes de collaboration, et les solutions mises en place pour les surmonter	8. Quels sont les éléments qui ont facilité l'implantation des nouvelles Ententes de collaboration?
	9. Quels sont les éléments qui ont entravé l'implantation des nouvelles Ententes de collaboration?
	10. Quelles sont les solutions mises en place pour contrer les difficultés rencontrées lors du processus d'implantation des nouvelles Ententes de collaboration?
Documenter la satisfaction des intervenants du réseau québécois de santé et des services sociaux (RSSS) sur la mise en place de nouvelles Ententes de collaboration	11. Les intervenants du RSSS ont-ils apprécié leur implication dans la création des nouvelles Ententes de collaboration?
	12. Quelle est la satisfaction des intervenants à la suite de leur participation aux ateliers de sensibilisation?
Déterminer les premières retombées du projet sur le continuum de services offerts aux populations des communautés autochtones non conventionnées	13. Selon les intervenants, quelles seront les retombées du projet pour la population des communautés autochtones non conventionnées?
	14. Quelles sont les répercussions à court et moyen terme des Ententes de collaboration sur les services offerts aux membres des communautés autochtones non conventionnées?
	15. Quels sont les changements dans l'offre de services en santé mentale et en dépendances (attitude des intervenants du RSSS par rapport à la discordance des références culturelles avec les Autochtones)?
	16. Quelle est l'évolution de la consommation de services en santé mentale et en dépendances pour les membres des communautés autochtones non conventionnées
	17. Quels sont les impacts des nouvelles Ententes sur le temps d'attente pour les services en santé mentale et en dépendances (avant et après les Ententes)?
	18. La gestion des plaintes provenant des membres de la communauté autochtone non conventionnées est-elle adéquate?
	19. Les intervenants partagent-ils la même vision de la démarche?
Mesurer l'efficacité et la pérennité des partenariats créés dans le cadre du projet	20. Les partenariats créés durant le projet sont-ils durables?
	21. Selon la perception des intervenants, les Ententes conçues répondent-elles à un besoin (d'une part, besoin/obligation du RSSS de rejoindre l'ensemble de la population de son territoire, y compris les membres de communautés autochtones non conventionnées et, d'autre part, besoin de services en santé mentale et en dépendances des communautés)?
	22. Des trajectoires de soins formelles/approuvées en santé mentale et en dépendances sont-elles clairement définies et connues des intervenants/membres des communautés autochtones non conventionnées?
	23. Les ateliers de sensibilisation/information sont-ils prévus sur une base régulière pour les intervenants du RSSS et les des communautés autochtones non conventionnées?
	24. Comment voyez-vous la survie des Ententes par rapport aux changements dans le RSSS? (contraintes budgétaires, roulement de personnel, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, etc.)

Annexe 4-Exemple d'une Entente de collaboration signée entre un CSSS et une communauté autochtone

ENTENTE DE COLLABORATION

ENTRE

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

ET

XXX

(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)

ENCADRANT LE CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

PRÉAMBULE

En matière de santé mentale et dépendances, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ne peuvent assumer une responsabilité populationnelle au regard des communautés autochtones non conventionnées, puisque le Québec reconnaît à ces dernières l'autonomie et la responsabilité de mettre en place leurs propres services selon des modalités et des objectifs qui leur conviennent. Néanmoins, les établissements du réseau québécois ont la responsabilité d'offrir à la clientèle autochtone qui se présente à leurs portes, conventionnée ou non, les mêmes services qu'à l'ensemble des Québécois, que ce soit en première ligne ou pour des services spécialisés de deuxième et troisième ligne.

De plus, le Québec se reconnaît une responsabilité en matière de continuité et de complémentarité des services avec les communautés autochtones non conventionnées. Il le fait, notamment, en s'assurant de l'existence de mécanismes d'orientation appropriés lorsque des résidents de ces communautés reçoivent des services dans les établissements du réseau québécois, ainsi qu'en facilitant le transfert d'expertise et de connaissances afin de répondre aux besoins exprimés par ces communautés.

Malgré ces dispositions, les communautés autochtones du Québec ont fait état de facteurs limitant l'accessibilité aux services du réseau québécois de la santé et des services sociaux, notamment la méconnaissance et l'organisation complexe des services. De plus, des barrières existeraient entre les services du réseau québécois et les communautés en raison d'un manque de collaboration. Enfin, il a été rapporté la présence de services non sensibles culturellement.

La présente entente de collaboration se veut un mécanisme administratif partagé par les deux organisations précitées en vue de formaliser leurs engagements respectifs relativement à la prestation des services en santé mentale et dépendances et à la mise en place de mécanismes de coordination et de communication. Cette entente vise à favoriser la continuité et la complémentarité des services en santé mentale et dépendances entre la communauté XXX et le Centre de santé et de services sociaux XXX.

ATTENDU QUE une communauté des Premières Nations a la responsabilité de fournir des services en santé mentale et en dépendances à ses membres résidant sur son territoire ;

ATTENDU QUE selon l'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) « toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire ;

ATTENDU QUE selon l'article 100 de la LSSSS « les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé et de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population » ;

ATTENDU QUE la communauté XXX et le CSSS veulent assurer une liaison et un suivi efficaces de leur clientèle référée aux services de santé mentale et de dépendances dispensés par le CSSST et du réseau local de services et ce, afin de disposer d'un continuum de services fonctionnels en santé mentale et en dépendances ;

ATTENDU QUE le territoire du CSSS compte une population d'un peu plus que xxx personnes dont x membres de la communauté XXX, parmi lesquels xxx vivent dans la communauté;

EN CONSÉQUENCE DE CE QUI PRÉCÈDE, LES PARTIES conviennent de ce qui suit.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 1.1. Le préambule fait partie intégrante de la présente entente de collaboration;
- 1.2. La présente entente de collaboration vise à offrir des services de santé mentale et de dépendances adéquats à la clientèle autochtone résidant principalement dans la communauté XXX.

2. MISSIONS DES PARTIES À L'ENTENTE DE COLLABORATION

La présente entente de collaboration doit se réaliser dans le respect de l'autonomie, des orientations et des responsabilités propres à chacune des parties, qu'ils conviennent de se rappeler :

- 2.1. La mission du Centre de santé de la communauté XXX est d'offrir des programmes et services de santé et de bien-être à ses membres avec respect et courtoisie et d'assurer qu'ils aient un accès équitable aux services de santé dont ils ont droit.

Il est entendu que d'après les limites de notre mandat principal en prévention et promotion, le Centre de santé de la communauté XXX doit compter sur la création et le développement de partenariats avec d'autres acteurs ou pourvoyeurs de services afin de maintenir ou améliorer le bien-être des membres de sa communauté;

- 2.2. Le CSSS XXX a pour mission, en collaboration avec ses partenaires, d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population qu'il dessert, et de lui assurer l'accès à des services de santé et de services sociaux de qualité et sécuritaires dispensés de façon continue et personnalisée.

Tel que prévu par la LSSSS, le CSSS XXX fournit des services en centre local de services communautaires (CLSC), en centre hospitalier (CH) ainsi qu'en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Le volet CLSC vise à offrir en première ligne des services de santé et de services sociaux courants et, à la population du territoire que le CSSS dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

La LSSSS vient également préciser que le CLSC a pour fonction, comme les autres établissements de santé et de services sociaux, « d'assurer la prestation de services de santé et de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles et sécuritaires ». Pour ce faire, les établissements œuvrent en concertation avec les partenaires des réseaux publics et communautaires. Le CSSS XXX a une responsabilité de susciter et animer de telles collaborations.

Dans ce contexte, la présente entente de collaboration constitue un outil privilégié, favorisant l'atteinte des objectifs d'accessibilité et de continuité;

- 2.3. L'Agence de la santé et des services sociaux de XXX voit à faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de leur région (LSSSS, art.2).

3. OBLIGATIONS DU CSSS XXX

- 3.1. Offrir des services d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) pour la réception des demandes de la clientèle ou des proches;
- 3.2. Assurer l'aide requise à la clientèle et les proches lors de situation de crise. À cet égard, un service de garde psychosociale peut être interpellé;

3.3. Offrir les services de santé mentale de première ligne¹ à la population du territoire du XXX qui comprend :

- L'évaluation, à l'aide d'outils cliniques reconnus, des demandes qui lui sont acheminées ;
- L'offre à la clientèle des soins et des services basés sur les données probantes et les guides de pratique dans un contexte de première ligne, en tenant compte des proches ;
- Le soutien aux partenaires du territoire.

3.4. Offrir des services de dépendances de première ligne² à la population du territoire du XXX qui comprend :

- La détection et l'orientation vers les services appropriés ;
- L'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation ;
- La désintoxication interne en milieu hospitalier ;
- La désintoxication externe sans soins intensifs ;
- Le suivi psychosocial aux termes d'un traitement spécialisé ;
- Le suivi psychosocial et médical avec soutien au traitement de substitution ;
- La référence et l'accompagnement de l'utilisateur vers les services de deuxième ligne lorsque ceux-ci sont requis par l'utilisateur.

3.5. Définir les mécanismes d'accès à l'ensemble de ces services et en informer la population et les partenaires, dont la communauté XXX ;

3.6. Offrir, selon les disponibilités, des opportunités de formation clinique aux ressources humaines de la communauté XXX qui travaillent en santé mentale et en dépendances. Les frais de formation, sauf avis contraire, sont de la responsabilité de la communauté XXX ;

4. OBLIGATIONS DE LA COMMUNAUTÉ

- 4.1 Accueillir les clients, effectuer des évaluations et les référer au niveau de soins appropriés en matière de dépendances et de santé mentale;
- 4.2 Offrir à nos clients des services de soutien en situation de crise pour s'assurer que leur santé et sécurité ne sont pas compromises pour ensuite en faire la référence à la ressource appropriée soit au niveau local ou vers les services hors territoire;
- 4.3 Offrir des services ainsi que des programmes de prévention et de promotion qui sont culturellement adaptés;
- 4.4 Développer, modifier et mettre en œuvre selon notre plan de santé quinquennal, les outils d'évaluation qui seront compatibles avec ceux de nos partenaires provinciaux;
- 4.5 Offrir le soutien postcure en dépendances, à nos clients et leur famille selon les méthodes approuvées en tenant compte de la culture autochtones;
- 4.6 Offrir des services de soutien en amont aux clients à risque et à leur famille tout en veillant à ce qu'ils puissent accéder au niveau approprié de soins tant au niveau provincial ou de la communauté;
- 4.7 Offrir, selon les disponibilités, des opportunités de formation clinique aux ressources humaines du CSSS qui travaillent en santé mentale et en dépendances. Les frais de formation seront majoritairement assumés, sauf avis contraire, par le Centre de santé de la communauté;
- 4.8 Offrir de temps à autre une session de sensibilisation à la culture Algonquienne et aux services offerts auprès des intervenants du CSSS et des autres partenaires. Les frais de formation sont à la charge de l'établissement qui reçoit la session.

5. ENGAGEMENTS CONJOINTS DES PARTIES

- 5.1 Favoriser le partage d'information, dans le respect des consentements recueillis, afin d'assurer un service optimal à chaque usager;
- 5.2 Maintenir un comité conjoint de suivi pour soutenir la dispensation des services et, le cas échéant, mettre sur pied des comités ad hoc;
- 5.3 Définir conjointement les modalités à suivre par le demandeur de services pour la coordination des demandes de services ainsi que des mécanismes de référence et de suivi des membres des

Premières Nations;

- 5.4 Mettre à jour leurs expertises en termes de promotion, de prévention et d'intervention en santé mentale et en dépendances, et ce, selon les ressources disponibles;
- 5.5 Faciliter la participation de l'autre à ses activités de promotion, de prévention, d'information, de formation ou de sensibilisation;
- 5.6 S'informer mutuellement, par écrit et dès que possible, des changements de titulaires dans les postes reliés à l'application de la présente entente de collaboration.

6. ENGAGEMENT LIÉ À LA CONFIDENTIALITÉ, À LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

- 6.1 Dans le cadre de la présente entente de collaboration, toute information sur les usagers doit demeurer confidentielle en vertu de la LSSSS qui s'applique aux établissements. De plus, le Code civil du Québec vient également énoncer des principes de confidentialité devant être respectés en matière de contrat de travail et de traitement de dossier. Le Cadre de référence en matière de protection des renseignements détenus par une communauté ou une organisation des Premières Nations du Québec, tel qu'adopté le 12 juin 2012 par l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador dans sa résolution 07/2012 fait également partie des assises à prendre en considération en matière de confidentialité. L'information relative aux usagers transmise entre les parties se fera avec le consentement écrit, libre et éclairé, de l'utilisateur à l'aide d'un formulaire à cet effet;
- 6.2 Les parties reconnaissent comme renseignements confidentiels l'un ou l'autre des documents ou renseignements personnels dont son personnel est amené à prendre connaissance dans le cadre de ses fonctions, notamment tout renseignement contenu au dossier des usagers. En conséquence, la communauté s'engage pour ses professionnels, son personnel et tous ses préposés durant toute la durée de la présente entente de collaboration et en tout temps par la suite à :
 - Sauvegarder et maintenir le caractère confidentiel et privé des renseignements personnels et de ne pas permettre l'utilisation de ces renseignements à d'autres fins que celles nécessaires pour l'exécution de la présente entente de collaboration;
 - Ne divulguer les renseignements personnels qu'aux membres de son personnel qui en ont nécessairement besoin, dans le cadre de l'exécution de la présente entente de collaboration;
 - Prendre les mesures requises afin d'empêcher la divulgation et la communication des renseignements personnels à des tiers, notamment établir et s'assurer de l'application de règles et de politiques de confidentialité, notamment celles découlant de la juridiction de la Commission d'accès à l'information, ayant pour but d'empêcher toute utilisation ou reproduction non autorisée des renseignements personnels ou leur accès non autorisé;

- Signaler, dans les meilleurs délais, au CSSS tout incident susceptible de nuire à la protection du caractère privé et confidentiel des renseignements personnels; aviser sans tarder le CSSS, si la communauté apprend ou a raison de croire qu'une personne non autorisée a eu accès à des renseignements personnels ou de toute contravention de cette personne au regard des présents engagements de confidentialité;
- Aviser sans tarder l'autre partie advenant qu'une personne non autorisée a eu accès à des renseignements personnels ou de toute contravention de cette personne au regard des présents engagements de confidentialité.

7. MODALITÉS DE SUIVI DE L'ENTENTE

7.1 Les PARTIES s'engagent à former un comité conjoint pour assurer le suivi de la présente entente. Ce comité s'assure notamment de :

- Déterminer les modalités de référence et de liaison appropriées ;
- Procéder à une évaluation des résultats atteints afin d'apporter, si nécessaire, les correctifs appropriés à la présente entente, et ce, au moins une fois l'an ou sur demande des parties ;
- Examiner toute mésentente ou tout différend entre les parties afin de mettre en œuvre les solutions requises.

7.2 Chaque partie désigne un responsable pour assurer le suivi de la présente entente de collaboration et en avise l'autre partie par écrit.

8. MÉSENTENTE OU DIFFÉREND

Les parties conviennent de soumettre au comité conjoint toute mésentente ou tout différend se rapportant à l'interprétation, au respect ou non de la présente entente qu'elles ne peuvent résoudre entre elles.

9. DATE DE PRISE D'EFFET

La présente entente, dûment signée par les parties, prend effet le jour de sa signature, une copie de la présente entente est acheminée à l'Agence de la santé et des services sociaux de XXX.

10. DURÉE ET RECONDUCTION

La présente entente est d'une durée d'un an, à compter de sa prise d'effet, et reconduite à son terme, aux mêmes conditions, sous réserve de modifications apportées par les parties.

11. MODIFICATIONS

La présente entente ne peut être modifiée que par le consentement écrit des parties.

12. RÉSILIATION

12.1 En cas de non-respect des engagements prévus à la présente entente, l'une ou l'autre des parties peut mettre fin à la présente entente sur préavis de soixante (60) jours à l'autre partie;

12.2 Les parties peuvent d'un commun accord, mettre fin à la présente entente.

13. CESSION

13.1 Les droits et obligations prévus à la présente entente ne peuvent être cédés, vendus ou transférés, en tout ou en partie;

13.2 Toute dérogation au présent article peut entraîner, au choix de la partie lésée, la résiliation de la présente entente. Cette résiliation prend effet de plein droit à compter de la date de ladite cession.

14. DISPOSITION FINALE

La présente entente est signée en deux (2) exemplaires. Lorsque paraphé et signé, par les parties, chaque exemplaire est réputé être un original. L'ensemble des exemplaires ne reflète qu'une seule et même entente.

Préalablement à sa mise en vigueur, l'entente doit avoir été adoptée par résolution du conseil d'administration de chacune des PARTIES.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ EN DEUX EXEMPLAIRES

le :

à :